

ONKO VALTA EX POST -VALTAA SOSIAALI- JA TERVEYSHALLINNOSSA?

JOUNI NISKANEN

Yhteiskunnallisessa tutkimuksessa on usein pohdittu, mitä ja kenellä valta on (Russell 1938; Mills 1956; Wrong 1988; Ruostetsaari 1992; Walt 1996). Monien määritelmien synteessä voidaan todeta, että valta sosiaali- ja terveyspalvelussa merkitsee mahdollisuutta ohjaukseen. Normatiivisessa ohjauksessa vallankäyttö perustuu säädöksiin, resurssiohjauksessa vallankäyttö perustuu jaettaviin resursseihin ja informaatio-ohjauksessa vallan välineenä on tieto.

Kuviossa 1 on pelkistetty yleiskuva sosiaali- ja terveyshallinnon vallan kiertokulusta. Valta on siirtynyt keskusvallalta ja sen paikallisilta elimiltä kunnalliselle itsehallinnolle, josta se puolestaan siirtyy ulkoistettavien palvelujen takia yritystoiminnalle ja jälkikäteisvalvonnasta vastaaville viranomaisille. Tämän lisäksi kansainvälistyminen ottaa oman osansa, mutta sieltä valtaa palaakin takaisin paikallisille yhteistyötahoille. Kuviossa 1 esitetyt nuolet tarkoittavat vallan siirtymää.

KESKITETYSTÄ DESENTRALISOITUUN JÄRJESTELMÄÄN

Valtion keskushallinnon uudistusten ja kuntien itsehallinnon lisääntymisen jälkeen sosiaali- ja terveysministeriön asema sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän keskeisenä ohjaajana on heikentynyt. Keskusvirastoja on yhdistetty ja uudistettu asiantuntijaorganisaatioiksi, ja lääninhallitusten valvontatehtävät ovat paljolti muuttuneet palvelujen arvioinniksi, tilastoanalyysien tuottamiseksi ja neuvonnaksi.

Valtionosuusuudistus ja kuntalaki ovat olleet sosiaali- ja terveyshallinnonkin merkittävimpiä reformeja. Kuntien itsenäisyys suhteessa valtioon on kasvanut. Kuntayhtymien riippumaton asema peruskuntiin nähden puolestaan on mennyt, koska valtionosuudet saadaan nykyään kunnan kautta. Toki esimerkiksi professionalismin

linnakeina toimivilla sairaanhoitopiireillä on arvovaltaa, jota niiltä ei voi ottaa pois.

Suomen Kuntaliitto edustaa vahventunutta lokaalin itsehallinnon etujärjestöäntä aikaisempien liittojen yhdistyttyä. Raha-automaattiyhdistys rahoittaa sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvien kolmannen sektorin yhdistysten toimintaa. Syyskuussa 1999 EY-tuomioistuimen päätös salli monopolitoiminnan jatkamisen. RAY:n valta on vahva, sillä se kohdentaa edelleen merkittävästi resursseja sosiaali- ja terveysalan järjestötoimintaan. Kansaneläkelaitoksen tehtävät ovat lukumääräisesti kasvaneet, ja voidaan ehkä sanoa, että Kela alkaa olla "valtio valtiossa".

Sosiaali- ja terveyspalveluissa, lähinnä kroonikopalveluissa yritykset (ISS, Sodexho, Partena ym.) ovat eräissä länsimaissa saaneet ulkoistamisen takia markkinaosuuksia itselleen. Hyvinvointivaltiomme ytimessä olevat eräät julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut saattavat olla meilläkin kansainvälisen esimerkin mukaisesti ulkoistamislilla yhä useammin. Sosiaali- ja terveyssektori on lisäksi lisääntyvien koulutus- ja konsultointipalvelujen (sertifikaatit, toimintolaskenta ym.) kohteena.

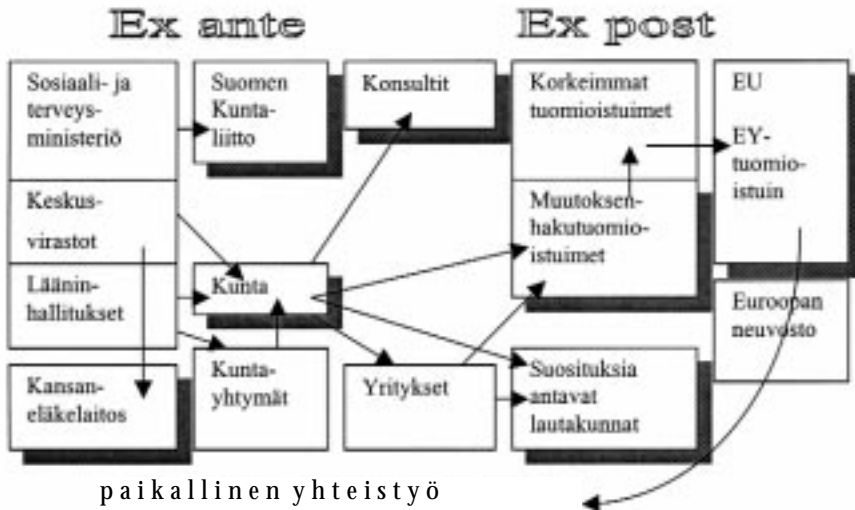
Vallan virtauksen yleinen suunta on keskushallinnolta, lääninhallituksilta ja aikaisemmin suhteellisen itsenäisiltä kuntayhtymiltä peruskunnille ja Kelalle sekä niiltä konsulteille ja yritystoiminnalle. Valta siirtyy kuitenkin vielä eteenpäin.

JÄLKIKÄTEISVALVONNAN MERKITYS KASVANUT

Sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta ministeriön ja lääninhallitusten valtionapukontrolli on pitkälti ohi, mutta jälkikäteisen valvonnan tehtäviä on monella taholla.

Kansallista valtaa on siirtynyt EU-jäsenyyden sekä muun kansainvälistymisen takia ylikansallisille organisaatioille. Vuosikymmen sitten Suomi liittyi Euroopan neuvostoon ja Euroopan ihmis-

Kuvio 1.



oikeussopimukseen. Kansainvälisiä ihmisoikeusnormeja, EY-lainsäädäntöä ja oikeustapauksia ryhdyttiin soveltamaan laintulkinnassa.

Potilaiden oikeudet on suosituksina kirjattu lukuisina kansainvälisinä julistuksina. Asiakkaan tietoisuus omasta asemasta on myös vahvistunut. Asiakkaalla on mahdollisuus saada tietoja itsestään ja valittaa saamastaan palvelusta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista mahdollistaa sen, että potilas voi tehdä muistutuksen hoitoyksikön johtajalle kohtelustaan ja kannella valvovalle viranomaiselle. Samassa laissa perustettiin jokaiseen suomalaiseen terveyskeskukseen potilasasiamies auttamaan potilaita heidän oikeuksiensa selvittämisessä. Vastaava lakiesitys sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista on valmisteltavana.

Potilasvahinkolaki ja sen muutos määräävät terveyden- tai sairaanhoitotoimintaa harjoittavan ottamaan vakuutuksen siltä varalta, että toimenpiteistä aiheutuu potilasvahinko. Siitä huolimatta rikos- ja siviilikanteita edelleen esiintyy. Eräät riitatapaukset eivät koske hoidon huonoa tulosta, vaan hoitoon pääsyä ylipäätään. Potilas voi olla pakotettu aloittamaan juridisen prosessin tarpeellisen palvelun saamiseksi, jos säästöpainetta priorisoiva julkinen järjestelmä ei ota asiakasta hoidettavakseen. Apulaisoikeusasiamies on ottanut käsiteltäväkseen asioita, jotka liittyvät sosiaali- ja terveyskysymyksiin. Jälkikäteisvalvonnan vahvistumisen muotona on myös uudistunut syyttäjätöimi. Valtakunnansyyttäjän alaiset valtion-

syyttäjät huolehtivat syyttäjän tehtävistä rikosasioissa, joita satunnaisina yksittäistapauksina on ollut myös hoitokysymyksissä.

Ainutlaatuista Suomessa on eräiden subjektiivisten oikeuksien kirjaaminen lakiin, vaikkakaan ne eivät kuulu länsimaiseen oikeusajatteluun. Laissa sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta perustettiin Perusturvalautakunta valvomaan sosiaali- ja terveyspalvelujen asianmukaisuutta. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus valvoo terveydenhuollon henkilökunnan toimintaa valtakunnallisesti. Myös lääkäreiden, sairaanhoitajien ja muiden ammattiryhmien omat ammattijärjestöt valvovat jäsentensä toimintaa. Kovan lain lisäksi on olemassa pehmeän lain sovittelevia ja suosituksia antavia lautakuntia ja neuvottelukuntia, jotka myös tähtäävät julkisen sosiaali- ja terveyspalvelun onnistumiseen.

Valta näyttäisi muuttuneen etukäteissuunnittelusta jälkikäteiseksi palvelun varmistamiseksi. Valta ajautuu sosiaali- ja terveyspalveluissakin järjestelmän jälkikäteistarkkailijoille eli siviili- tai hallintotuomioistuimiin sekä suositusten antajaorganisaatioille tai sovitteluorganisaatioille eli erilaisiin neuvostoihin tai lautakuntiin. Kutsun tätä siirtymäksi ex ante -vallasta ex post -valtaan.

Julkinen sosiaali- ja terveyshallinto täyttää asiakastytyväisyyden, laadun, ihmisoikeuksien ja subjektiivisten oikeuksien nimessä kansalaisten/potilaan/asiakkaan tarpeet, mitä tuomioistuinten tuomiot ja lautakuntien suositukset var-

mistavat. Ex post -vallan varassa toimiva sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä tuskin on se tila, jota tavoiteltiin valtionosuusuudistuksessa ja muita reformeja suunniteltaessa.

YHTEISTYÖN JA INFORMAATIO-OHJAUKSEN KOROSTUNUT MERKITYS

Esitettyä kuviota voidaan selittää vielä pidemmälle. Ylikansalliset Terveyttä kaikille -ohjelmat sekä EU:n ohjelmat korostavat paikallista aloitteellisuutta, kumppanuutta tai yhteistyötä. Tämän hetken politiikan valtavirtaa on myös ”kolmas tie”, joka on ymmärrettävissä eri viranomaisten, yritysten ja kolmannen sektorin yhteistyöksi. Nämä vaikutteet ovat kansainvälisiä ja näkyvät kansallisissa tavoitteissa ja suosituksissa. Vahvana sanomana niissä ovat lokaaleihin ratkaisuihin pyrkiminen, kumppanuus, sosiaalinen pääoma ja verkostot.

Kuviossa 1 nuolet vallan siirtymisen suuntana ex post -puolella kuvaavat vallan siirtyneen ensin jälkikäteisvalvonnalle mutta toisaalta myös ylikansalliseen päätösvaltaan. Valta ei kasaudu maamme rajojen ulkopuolelle vaan palaa valtaistamisena (empowerment) uudessa muodossa takaisin.

Mitä paikallinen yhteistyö tarkoittaa sosiaali- ja terveyspalveluiden vallan kiertokulussa? Makrotasolla se tarkoittaa yhteisiä strategioita ja organisaatioiden välistä verkostoitumista, ja mikrotasolla se voi olla moniammatillisuutta ja tiimityötä. Paikallisia toimintatapoja kehitetään, paikallisia osapuolia aktivoidaan, paikallista kumppanuutta edistetään, ylipäättään julkisten palvelujen lokaalien toimintaympäristöjen ehdoilla tapahtuva toiminta on vallitseva tavoite. Lokaali yhteistyö vaatii myös lokaaliin sovitettua informaatio-ohjausta. Lokaaleihin ratkaisuihin pyrkiminen on asetettu sekä ylikansallisesti että kansallisesti oikeaksi tavaksi kehittää hallintoa.

Hallinnon uudistamisen keskeinen elementti Suomessa on kuntien, yksityisten palvelujen tuottajien, kolmannen sektorin, valtion viranomaisten ja sairaanhoitopiirin välinen verkosto. Kunnille on vasta uudistetussa tavoite- ja toimintaohjelmassa TATOssa (1999) asetettu tavoitteeksi tehdä ja toteuttaa paikallisia sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmien yhteistyömalleja. Konkreettisia esimerkkiprojekteja on ”Terveystieteiden tutkimuskeskus -projekti”. Se on ohjelma, jolla yritetään soveltaa alueiden tarpeet olosuhteisiin sekä

tuottaa käyttökelpoista sosiaali- ja terveystarvetietoa. Projekti sai alkunsa vuonna 1998 julkaistun selvitysmiesraportin suosituksista. Lokaaleja yhteistyötoimintoja on jo aikaisemmin käynnistetty esimerkiksi kumppanuus-, osallisuus- ja lähiöiden perusrakennusprojektien yhteydessä. Paikallisessa yhteistyössä tarvitaan myös koordinoitua. Koordinoiva vastuhenkilö voi informoida yhteistyön osapuolia toimimaan lokaalin hyvinvoinnin eteen.

Keskitetty hierarkkinen ja resurssiohjaus on osittain korvattu yhteistyötä tukevalla informaatio-ohjauksella. Informaatio-ohjaukseen kuuluvat tilastot ja muu benchmarking-tieto, arvioinnit, selvitykset, vertailuraportit, yhteiset strategiat ja suositukset jne., joiden signaaleja eri tasoilla olevien sosiaali- ja terveysalan toimijoiden toivotaan noudattavan.

Teorioiden valossa informaatio-ohjaukseen pitäisi kuulua kaksi toisiinsa linkitettyä osaa: tavoitejärjestelmä ja palautejärjestelmä. Tavoitejärjestelmä antaa ne yleiset ja spesifisemmät tavoitteet, jotka pitäisi saavuttaa. Palautejärjestelmä kertoo, mitä on saatu aikaiseksi. Normiohjauksessa ja resurssiohjauksessa tavoitteet olivat selvät. Informaatio-ohjauksen tavoitejärjestelmä puolestaan saattaa olla epäselvä, kun informaatio-ohjauksen sanktorajat ovat lievempiä tai määrittelemättä. Se aikaansaa ongelmia myös palautetiedon muotoilussa.

Kansainväliset sopimukset, niiden kansalliset sovellutukset ja toimenpideohjelmat sekä niiden paikallisesti sovellettavat tavoitteet muodostavat vaikeasti hahmotettavan kokonaisuuden. Oletukseni on, että kaikilla kunnilla ja kuntayhtymillä sekä muilla verkostojen osapuolilla ei ole ollut aikaa, mahdollisuuksia tai osaamistakaan kehittää paikallisesti sovellettua strategiaa toivotussa mitassa, koska resurssit eivät riitä kaiken informaatio-ohjauksena annetun suositustulvan vastaanottamiseen.

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kuitenkin vain osa kunnan toimialaa, ja kuntaa on vaikea johtaa vain kansanterveyden edistämisen näkökulmasta (vrt. Perttilä 1999, 131–132). Informaatio-ohjausta tulee kehittää kuitenkin niin, että kuntien sosiaali- ja terveyspalveluista vastaavien viranhaltijoiden ei tarvitsisi organisoida tavoitetietoa eikä toisaalta palautetietoa tapahtuneesta kehityksestä, vaan tiedon tulva päätösten pohjaksi olisi jäsenyntyneemmässä muodossa. Tämä edellyttäisi mm. tilastotiedon kriittistä tarkastelua sekä informaatio-

tion käyttökelpoisuuden jatkuvaa kehittämistä (ks. Nordberg 1998, 202–204). Informaation prosessointi ja tulkinta vaativat omaa erityisosaamista. Muu palauteinformaatio vaatii myös valikointia ja prosessointia.

Peruskunnalla ei välttämättä aina ole pakko, ainakaan sellaisenaan, luoda ja toteuttaa toivottuja toimenpiteitä. Informaatio-ohjattavan täytyy toimia saadun informaation perusteella. On helppo jättää tavoite- tai informaatiojärjestelmän data huomiotta, jos se on vaikeasti hyödynnettävässä muodossa. Raakadata sinänsä ei sisällä veloitettavia toimia, varsinkaan jos sanktion määritys on epäselvä.

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat paikallista informaatio-ohjattua yhteistyötä. Informaation tulee olla mahdollisimman selkeä ja helppokäyttöisessä muodossa. Sosiaali- ja terveysministeriön ja muiden strategioita asettavien velvollisuus on parantaa informaatio-ohjauksen selkeyttä ja tulkittavuutta. Se on välttämätöntä nykyisessä julkisessa johtamisessa.

YHTEENVETO

Kunnan hyvinvointipoliittinen strategia on hyvä lähtökohta lokaalin yhteistyön pitämiseksi koossa. Lokaalilla tasollakin on tavattoman monia tavoitteita, jotka voivat muodostaa yhtä hankalasti hahmotettavan mosaikin kuin valtakunnan tason sosiaali- ja terveyspalvelustrategiat ja toimintaohjelmat käytännössä ovat olleet. Määrittämällä paikalliset vastuutahot valta pidetään verkostossa, siellä missä palvelutkin tehdään. Lokaali toiminta vaatii lisäksi lokaalin sopimuksen tai mallin siitä, millä periaatteilla yhteistoimintaa harjoitetaan. Tätä sanotaan myös strategiseksi suunnitteluksi. Lokaali yhteistyö voi olla verkoston yhteinen laaja sopimus, ei pelkästään yhden osapuolen itselleen tekemä kirjaus. Ilman lokaalia yhteistyön

koordinaatiota valta luisuu verkoston ulkopuolelle, jonnekin jossa vallalle löytyy jälleen ottaja.

Informaatio-ohjauksena valtakunnan tasolla julkaistut suositukset, strategiat ja suunnitelmat tulisi myös muokata yleissilmäyksellisemmiksi. Sektorihallintona sosiaali- ja terveysministeriö tuottaa strategioita ja toimenpideohjeita kunnille ja kuntayhtymille, mutta kunnan täytyy kuunnella myös opetusministeriön, sisäministeriön, ympäristöministeriön ym. samankokoisia visioita. Hallinnon tutkijankin on vaikea saada selvää eri sektoreiden uudempien ja vanhempien, kansainvälisten, kansallisten ja alueellisten strategioiden ja toimenpideohjelmien kukkatarhasta. Esimerkiksi heti alusta lähtien web-pohjaiseksi suunniteltu päivitettävissä oleva hierarkkinen informaatio-ohjauksen tavoitekuvaustietojärjestelmä sekä toisaalta myös toimivampi palautejärjestelmä poistaisivat painettujen nykystrategioiden keskinäisen yhteensopimattomuuden, päällekkäisyyden ja osittaisen vanhentuneisuuden ongelmat.

Jos lokaali yhteistyö ei toimi, valta ja vastuu eivät konkretisoidu sinne, vaan joudumme sosiaali- ja terveyspalveluissa jatkossakin toimimaan korvauksia, tuomioita tai suosituksia suoltavan hitaan ex post -vallan varassa, mikä tekee julkisista sosiaali- ja terveyspalveluista kankeita juridiikan ja normitulkinnan taistelukenttiä. Subjektiiiviset oikeudet ovat länsimaisen oikeusajattelun vastaisia, mutta niitä joudutaan säätämään jopa lisää, mikäli liberalisoitu, desentralisoitu kunnan, kuntayhtymien, valtion paikallishallinnon organisaatioiden, yritysten, konsulttien, kolmannen sektorin ja ylikansallisten organisaatioiden muodostama informaatio-ohjattu kokonaisuus ei toimi lokaalilla tasolla yhteistyöverkostona. Jos paikallista yhteistyötä ei saada toimimaan, kohtalomme on kasvava normitulkinta-aparaattien ex post -vallankäyttö. Sosiaali- ja terveyspalvelujenkin kohdalla vallalle on aina ottaja ja toivon mukaan se pysyy oikeissa käsissä.

KIRJALLISUUS

Mills, C. Wright: *The Power Elite*. New York: Oxford University Press, 1956

Nordberg, Mai: Rekisterit sairaalakäyttöön vaikuttavien tekijöiden tutkimuksessa. S. 198–205. Teoksessa: Valkonen, Tapani & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija (toim.): *Rekisteriaineistot yhteiskunta- ja terveys tutkimuksessa*. Helsinki: Gaudeamus, 1998

Perttilä, Kerttu: *Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä*. Tutkimuksia 103. Helsinki: Stakes, 1999

Ruostetsaari, Ilkka: *Vallan ytimessä*. Tutkimus suomalaisesta valtaeliitistä. Helsinki: Gaudeamus, 1992

Russel, Bertrand: *Power. A New Social Analysis*. London: George Allen & Urwin Ltd., 1938

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1999

Walt, Gill: *Health Policy*. London: Zed Books, 1996

Wrong, Dennis: *Power. Its Forms, Bases and Uses*. Oxford: Basil Blackwell, 1988.